

следует начинать с момента его диагностики. Как правило, ПМОК в 0 и I стадиях лечится консервативно. II стадия, наряду с продолжающейся консервативной терапией, нередко требует хирургического вмешательства. Операцией выбора следует считать наложение лимфо-венозных анастомозов (ЛВА) со стандартной микрохирургической техникой. Использование операционного микроскопа, специальных инструментов и нитей 10/0–11/0 позволяет использовать для формирования соустья лимфатические сосуды диаметром менее 0,5 мм. В течение 25 лет в клинике выполнено более 400 операций подобного типа с удовлетворительными отдаленными результатами (10 и более лет) в 60% случаев. III и IV стадии ПМОК характеризуются развитием в мягких тканях конечности достаточно выраженных фиброзных изменений. В этих случаях добиться улучшения функционального и косметического состояния конечности можно только с использованием операций резекционного типа. При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству у этой группы пациентов следует проводить комплексную консервативную терапию, целью которой является стабилизация объема конечности.

**Выводы.** Таким образом, в настоящее время имеется реальная возможность прогнозирования и успешного лечения ПМОК. Благоприятному результату способствует раннее обращение пациента в специализированное отделение, проведение комплексного обследования с обязательным выполнением динамической лимфосцинтиграфии, а также диспансерное наблюдение и определение индивидуальной программы лечения в каждом конкретном случае.

*Садыков Р.Р., Азимов М.М., Садыков Р.А.*

## **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*Ташкентская медицинская академия,  
Ташкентский государственный  
стоматологический институт,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Лечение гемангиом, особенно с локализацией в области лица, полости рта, является все еще нерешенной проблемой хирургии. Частые осложнения, обширность поражения, инвазия в окружающие ткани — важные проблемы пластической реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Методы консервативного лечения, в большинстве случаев, не эффективны; лазерные методы деструкции часто приводят к формированию рубцов. Хирургическое иссечение у детей раннего возраста не практикуется, а у взрослых требует многократных вмешательств. В связи с этим, ведется поиск новых путей решения данной проблемы. Большой интерес представляет метод фотодинамической деструкции, который открывает возможности лечения капиллярных мальформаций на ранних стадиях развития.

**Цель.** Изучить возможности использования лазеров и фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении гемангиом с сочетанным поражением лица и полости рта.

**Материал и методы.** Пролечено 77 пациентов с гемангиомами. Пациентам проводили стандартные методы исследования. Допплер-УЗИ с определением кровотока, гистологические исследования. Средний возраст пациентов составил  $2 \pm 2,5$  месяцев. Частота мальформаций у детей составила 70%.

Методика лечения заключалась в лазерной деструкции выступающих над уровнем кожи и слизистых гемангиом с использованием умеренно расфокусированного излучения  $\text{CO}_2$ -лазера. ФДТ проводилась как самостоятельный метод при не выступающих над уровнем кожи и слизистых поражениях, а также в сочетании с лазерной деструкцией гемангиом. ФДТ проводилась аппаратом ФДУ-1 с длиной волны 620–660 нм. Проводились фоторегистрация динамики лечения, определение площади и интенсивности окрашивания зоны воздействия.

**Результаты и обсуждение.** В ходе лечения пациентов хороший эффект отмечен у 88% из них. Средняя скорость кровотока на момент начала лечения составила 5–9 см/сек, после лечения кровотоков в образовании не определялся. Кратность процедур составила  $3 \pm 1,5$  сеанса до полного рассасывания. Во время процедуры ФДТ, которая проводилась без обезболивания, пациенты отмечали легкое жжение, осложнений не было. При лечении также использовалась комбинация лазерного воздействия с ФДТ. Осложнение в виде формирования атрофического рубца наблюдалось у 2% пациентов. У 12% пролеченных отмечен частичный эффект в виде остаточного розового пятна на коже. Кровоток в зоне гемангиом незначимый.

**Выводы.** Фотодинамическая терапия в комплексе с другими методами лечения позволяет достичь хорошего эффекта в лечении гемангиом у детей раннего возраста. У взрослых пациентов эффективность лечения ниже.

*Селезнев В.В., Смоляков А.Л.,  
Божко Д.А., Корчевский С.А.*

## **АЛГОРИТМ ОСТАНОВКИ ПРОФУЗНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО АРТЕРИО- ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ**

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,  
Республиканский научно-практический  
центр «Кардиология»,  
Научно-исследовательский институт  
травматологии и ортопедии,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Интраоперационное повреждение магистральных тазовых сосудов во время нейрохирургических вмешательств — редкое, но

крайне опасное осложнение, т.к. ранение сосудов с высокой объемной скоростью кровотока может привести к летальному исходу уже в течение первого часа после травмы (И.В. Штейнле и соавт., 2009 г.). Основная причина высокой летальности — трудность интраоперационного гемостаза, в связи со сложностью визуализации мест повреждения.

**Цель.** Представляет интерес случай и алгоритм успешного гемостаза и ликвидации повреждений нижней полой вены (НПВ) и левой общей подвздошной артерии (ОПА) во время нейрохирургической операции по поводу межпозвоночной грыжи в поясничном отделе.

**Материал и методы.** Пациентка 25 лет, в положении на животе, оперирована в НИИТО в связи с межпозвоночной грыжей L<sub>4</sub> — L<sub>5</sub> (12.04.2014, 12<sup>30</sup> — 13<sup>30</sup>). После удаления секвестра отмечалось кратковременное снижение АД; кровотечения из раны не было. В 13<sup>40</sup> — резкое падение АД (до 40/20 мм рт.ст.), тахикардия (до 120 в мин.), десатурация. Гемодинамика восстановлена инфузией кристаллоидных растворов и вазопрессоров.

В 14<sup>00</sup>, после переворота пациентки на спину, выявлено напряженное выпячивание передней брюшной стенки. В 15<sup>40</sup> выполнена УЗИ-диагностика — выявлена гематома забрюшинного пространства. В этой связи вызван сосудистый хирург. При осмотре (на операционном столе) — резкая бледность кожи, напряженное, слабо пульсирующее выпячивание передней брюшной стенки в области мезогастрия, 30x20 см. Пульсация на левой бедренной артерии отсутствует, левая стопа бледнее правой, пассивные движения сохранены.

К моменту начала сосудистого этапа — АД 100/55 мм рт.ст., ЧСС 100 уд./мин., Hb 64 г/л, Eг 2.2x10<sup>12</sup>/л. К этому времени (по согласованию) канюлированы 3 венозные магистрали (в т.ч. подключичная вена), подготовлен аппарат для быстрой реинфузии крови.

12.04.14 г. в 16<sup>30</sup>-22<sup>00</sup> выполнена лапаротомия, остановка профузного смешанного кровотечения, ушивание дефекта бифуркации НПВ, протезирование левой ОПА, опорожнение забрюшинной гематомы, фасциотомия левой голени. После вскрытия брюшной полости выявлена обширная гематома забрюшинного пространства объемом до 2,5 л. Последующие манипуляции выполнялись по согласованию с бригадой анестезиологов (для проведения адекватной и эффективной трансфузионной терапии, предупреждающей катастрофические падения гемодинамики).

Дальнейшая последовательность действий: предварительная компрессия брюшной аорты — вскрытие заднего листка брюшины (отмечено профузное смешанное кровотечение). Тампонада салфетками, пленками, пальцевое прижатие предполагаемых мест повреждения. Сосудистый зажим на брюшную аорту в области бифуркации «ad mass». Внебрюшинный доступ слева с наложением сосудистого зажима на подвздошные сосуды. Продолжающееся пальцевое прижатие, смещение зажимов ближе к месту предполагаемого ранения. Тампонада пленками и тампонами. После визуализации повреждений выяв-

лено: краевое ранение НПВ по левому контуру в области бифуркации длиной до 2 см, полное пересечение левой общей подвздошной артерии в 1,5 см от бифуркации аорты (сократившийся дистальный отдел левой ОПА — в конгломерате тромботических масс и жидкой крови в полости малого таза). Ушивание дефекта НПВ, протезирование левой ОПА протезом из ПТФЕ. Фасциотомия левой голени (учитывая выявленное к концу операции уплотнение передней группы мышц).

Во время выполнения сосудистого этапа — гемодинамика относительно стабильна (АД — 90-100 мм рт.ст.) на фоне трансфузионной, заместительной, вазопрессорной терапии. Общий объем перелитых трансфузионных сред-28000 мл, в т.ч. СЗП-4690 мл, донорская эритроцитарная масса-2660 мл, аутоэритроциты-5000 мл.

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде — гемодинамика стабильна, диурез сохранен, неврологических знаков со стороны ЦНС не отмечено, кровообращение в левой стопе компенсировано (имелись проявления пост-ишемической миопатии). Выписана 6.06.14 г. (левая стопа теплая, пульс на артериях определяется, умеренный парез стопы).

**Выводы.** Успешное решение сложной клинической ситуации стало возможным благодаря: единомыслию и слаженной работе операционной бригады; использованию разнообразных методов временной и окончательной остановки кровотечения (пальцевое прижатие, тампонада, временное пережатие сосудов на протяжении); быстрой аппаратной реинфузии крови; эффективному контролю за витальными функциями — с предварительной подготовкой к критическим моментам; оптимизму хирургической бригады.

*Танрыбердиев М.О.*

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРАВМЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН**

*Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии,  
г. Ашгабат, Туркменистан*

**Актуальность.** Повреждение магистральных вен травматической или ятрогенной природы угрожает не только качеству, но и самой жизни пациента при несвоевременной и некачественной помощи.

**Цель.** Анализ результатов лечения пациентов с травмой магистральных вен. Выработка рекомендаций, способствующих улучшению результатов лечения и максимальному снижению ятрогенного характера данной тяжелой патологии.

**Материал и методы.** Накоплен опыт хирургической коррекции травмы магистральных вен нижней конечности у 17 пациентов. Характер травм вен был следующим: проникающее колото-резаное ранение — 8 случаев, ятрогенная природа травм — у 9 пациентов. Структура поврежде-